

### Factors of improving performance of social services in Russian Federation

Artemova, Olga; Danilova, Irina; Glushkova, Daria

Veröffentlichungsversion / Published Version  
Zeitschriftenartikel / journal article

#### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Artemova, O., Danilova, I., & Glushkova, D. (2012). Factors of improving performance of social services in Russian Federation. *Modern Research of Social Problems*, 1, 1-17. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-327276>

#### Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Basic Digital Peer Publishing-Lizenz zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den DiPP-Lizenzen finden Sie hier:  
<http://www.dipp.nrw.de/lizenzen/dppl/service/dppl/>

#### Terms of use:

This document is made available under a Basic Digital Peer Publishing Licence. For more Information see:  
<http://www.dipp.nrw.de/lizenzen/dppl/service/dppl/>

**УДК 616.01 + 378.01**

## **ФАКТОРЫ ПОВЫШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ В РФ**

**Артемова Ольга Васильевна**, заведующий кафедрой финансы и кредит,  
доктор экономических наук, профессор

*Уральский социально-экономический институт академии труда и социальных  
отношений, г. Челябинск, Россия*

*na02@yandex.ru*

**Данилова Ирина Валентиновна**, профессор кафедры экономической теории и  
мировой экономики, доктор экономических наук

*Южно-Уральский государственный университет (национальный  
исследовательский университет), г. Челябинск, Россия*

*irdanilova@yandex.ru*

**Глушкова Дарья Ильинична**, ассистент кафедры экономической теории и  
мировой экономики

*Южно-Уральский государственный университет (национальный  
исследовательский университет), г. Челябинск, Россия*

*dglushkova@mail.ru*

*В статье рассматривается методический подход к оценке эффективности использования бюджетных средств по социальным услугам на примере здравоохранения; выявлены факторы, оказывающие влияние на конечные результаты функционирования сферы здравоохранения. Авторами разработана система показателей, позволяющих комплексно оценить обеспеченность услугами здравоохранения и рациональность бюджетных расходов органов власти на их предоставление. Сформулированы направления региональной политики.*

**Ключевые слова:** социальные услуги; оценка эффективности предоставления социальных услуг; уровень расходов; систематизация; стартовые условия.

## FACTORS OF IMPROVING PERFORMANCE OF SOCIAL SERVICES IN RUSSIAN FEDERATION

**Olga Artemova**, chairman of the department of finance and credit, Ph.D, Professor  
*Ural Socio-Economic Institute of the Academy of Labour and Social Affairs,  
Chelyabinsk, Russia  
na02@yandex.ru*

**Irina Danilova**, professor of economics and the global economy, Ph.D  
*South Ural State University (National Research University), Chelyabinsk, Russia  
irdanilova@yandex.ru*

**Daria Glushkova**, assistant of chair of economics and the global economy  
*South Ural State University (National Research University), Chelyabinsk, Russia  
dglushkova@mail.ru*

*This article discusses the methodological approach to evaluating the effectiveness of budget funds for social services (case study health care), identified factors that influence the final results of the functioning of the health sector. The authors have developed a system of indicators that assist to provide comprehensive evaluation of availability of health care services and expediency of budgetary expenditures for its provision. The direction of regional policy was formulated.*

**Keywords:** social services, evaluation of the effectiveness of social services, the level of expenditure; systematization; starting conditions.

Стратегия России на повышение качества жизни предполагает оценку эффективности предоставления социальных услуг государственными органами

власти, как федерального, так и регионального уровня; идентификацию факторов, оказывающих значимое влияние на их результативность для определения стратегии и тактики социальной политики РФ.

Объективные процессы, связанные с увеличением потребностей населения в качественных социальных услугах, актуализируют проблему рационального использования бюджетных средств, а, следовательно, требуют разработки методических подходов, позволяющих определить состояние и факторы повышения эффективности функционирования социальной сферы. Отработка методических подходов целесообразна по наиболее значимым для населения отраслям, например, по сфере здравоохранения, в которой процессы увеличения потребностей населения в медицинской помощи (в том числе по причине увеличения лиц пенсионного возраста, или как это часто называют «постарения» населения и др.), появление современных высокоэффективных технологий, сочетаются с существенным бюджетным удорожанием медицинских услуг.

Механизм государственного финансирования здравоохранения имеет специфику по сравнению с другими отраслями социальной сферы, так как здесь сочетается как бюджетное финансирование, так и использование средств государственного внебюджетного фонда ОМС (обязательного медицинского страхования).

Многоканальность финансирования, сложность и непрозрачность процессов территориального распределения бюджетных ассигнований, отсутствие четкой взаимосвязи между объемами бюджетных ресурсов учреждений здравоохранения, результатами их деятельности и удовлетворенностью населения определяет важность анализа состояния, факторов и тенденций предоставления услуг здравоохранения.

Классическое определение эффективности (как сопоставление результатов к затратам), диктует необходимость обращения, прежде всего, к оценке стартового уровня предоставления социальных услуг, основная масса которых,

в соответствии с принципом субсидиарности предоставляется субъектами РФ. Ограниченность официальной статистической информации [1] и отсутствие детализации качественных характеристик обеспеченности социальными услугами определили необходимость использования ведомственных источников [2].

Комплекс показателей, обеспечивающих взаимосвязанную оценку результатов и затрат по услугам здравоохранения, на наш взгляд, должен быть представлен, с одной стороны, уровнем обеспеченности социальными услугами регионов, а с другой - параметрами душевых расходов субъектов РФ на указанную бюджетную отрасль. При этом оценка уровня обеспеченности услугами включает не только результативные показатели (в качестве которого использован объем оказанной стационарной медицинской помощи в расчете на одного жителя), но и количественную оценку условий социальной сферы субъектов РФ, то есть материально-технические (например, доля государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения, здания которых находятся в неаварийном состоянии и не требуют капитального ремонта в общем количестве государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения) и кадровые (численность врачей в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения на душу населения), в совокупности отражающих специфику региональной социальной ресурсной среды. Указанные показатели значимы для населения субъекта РФ и определяются специфическими региональными социально-экономическими обстоятельствами. В свою очередь, затратные показатели (расходы бюджета субъекта РФ на душу населения на конкретный сегмент социальной сферы, например, «Здравоохранение») должны быть дополнены коэффициентами, позволяющими оценить перспективы развития отрасли, а, следовательно, авторами использована информация по расходам бюджетов на обновление материально-технической базы на одно учреждение здравоохранения. В контексте оценки эффективности предоставления услуг здравоохранения,

сгруппирована система коэффициентов, которая может быть адаптирована к другим социальным отраслям и использована, как инструмент оценки реализации социальной направленности региональной политики (таблица 1).

Таблица 1

Система показателей оценки эффективности услуг здравоохранения в субъектах РФ

Система показателей	Расшифровка параметров
<p>- доля государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения, здания которых находятся в неаварийном состоянии и не требуют капитального ремонта в общем количестве государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения к аналогичному показателю в среднем по России</p> $K_1^3 = \frac{\frac{1 - U_3 \partial^{av}_i}{U_3 \partial_i}}{\frac{1 - U_3 \partial^{av}_{РФ}}{U_3 \partial_{РФ}}}$ <p>(показатель <b>материально-технических условий</b> функционирования бюджетной отрасли)</p>	<p>где  <math>1 - U_3 \partial^{av}_i</math> – количество государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения, здания которых находятся в аварийном состоянии или требуют капитального ремонта в регионе;  <math>U_3 \partial_i</math> – общее количество государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения в регионе;  <math>1 - U_3 \partial^{av}_{РФ}</math> – количество государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения, здания которых находятся в аварийном состоянии или требуют капитального ремонта по РФ;  <math>U_3 \partial_{РФ}</math> – общее количество государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения по РФ;</p>
<p>- численность врачей в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения на душу населения к аналогичному показателю в среднем по России</p> $K_2^3 = \frac{\frac{B_i}{C_i}}{\frac{B_{РФ}}{C_{РФ}}}$ <p>(показатель <b>кадровых условий</b> функционирования бюджетной отрасли)</p>	<p>где  <math>B_i</math> – численность врачей в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения в регионе;  <math>C_i</math> – численность населения в регионе;  <math>B_{РФ}</math> – численность врачей в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения по РФ;  <math>C_i</math> – численность населения по РФ</p>
<p>- объем оказанной стационарной медицинской помощи в расчете на одного жителя к аналогичному показателю в среднем по России</p>	<p>где  <math>МП_i</math> – объем оказанной стационарной медицинской помощи в регионе;  <math>МП_{РФ}</math> – объем оказанной стационарной медицинской помощи по РФ</p>

$K_3^3 = \frac{\frac{МП_i}{Ч_i}}{\frac{МП_{РФ}}{Ч_{РФ}}}$ <p>(показатель <b>конечного результата</b> функционирования бюджетной отрасли )</p>	
<p>- расходы консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на здравоохранение на душу населения к аналогичному показателю в среднем по России</p> $K_4^3 = \frac{\frac{Pзд_i}{Ч_i \times ИБР_i}}{\frac{Pзд_{РФ}}{Ч_{РФ}}}$ <p>(<b>затратный</b> показатель по сфере «Здравоохранение»)</p>	<p>где  <math>Pзд_i</math> – расходы консолидированного бюджета субъекта РФ на здравоохранение;  <math>ИБР_i</math> - индекс бюджетных расходов региона;  <math>Pзд_{РФ}</math> – расходы консолидированного бюджета РФ на здравоохранение</p>
<p>- расходы консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на здравоохранение в части увеличения стоимости основных средств на одно государственное (муниципальное) учреждение здравоохранения к аналогичному показателю в среднем по России</p> $K_5^3 = \frac{\frac{Pзд^{oc}_i}{Узд_i \times ИБР_i}}{\frac{Pзд^{oc}_{РФ}}{Узд_{РФ}}}$ <p>(<b>затратный</b> показатель по сфере «Здравоохранение»)</p>	<p>где  <math>Pзд^{oc}_i</math> – расходы консолидированного бюджета субъекта РФ на здравоохранение в части увеличения стоимости основных средств;  <math>ИБР_i</math> - индекс бюджетных расходов региона;  <math>Pзд^{oc}_{РФ}</math> – расходы консолидированного бюджета РФ на здравоохранение в части увеличения стоимости основных средств</p>

На основе данной системы показателей авторами проведен кластерный анализ по 78 субъектам РФ<sup>1</sup>, регионы сгруппированы на кластеры по двум направлениям: 1) в зависимости от уровня обеспеченности услугами здравоохранения; 2) по душевым бюджетным затратам на данную отрасль государственного сектора.

<sup>1</sup> В проведении анализа использованы данные по 78 регионам. Из числа рассматриваемых были исключены следующие регионы: Чеченская Республика, Ненецкий автономный округ, Республика Ингушетия (по причине отсутствия некоторых данных); г.Москва и г.Санкт-Петербург (ввиду аномально высоких значений показателей).

Результаты кластеризации по первому направлению позволили выделить три уровня обеспеченности бюджетными услугами в анализируемой отрасли: высокий, средний, низкий. При этом самая малочисленная группа – с высоким уровнем, насчитывает 11 субъектов РФ, а в группах со средним и низким уровнем обеспеченности 33 и 34 субъекта РФ соответственно.

При кластеризации регионов по показателям бюджетных расходов<sup>2</sup> на душу населения (второе направление анализа), в целях сопоставимости выделены группы с «высоким», «средним» и «низким» уровнем душевых расходов<sup>5</sup>. Так, ограниченное число субъектов федерации (8) имеют высокие (выше среднероссийских) расходы на душу населения, что связано либо с высоким налоговым потенциалом региона (Тюменская область), либо с демографической, а точнее возрастными особенностями населения региона (Белгородская область, Рязанская область, Республика Мордовия, Пензенская область и др.). Более половины субъектов РФ (41) попало в категорию регионов с низким (как ниже среднероссийского) уровнем душевых расходов.

Итоги дифференциации регионов по результативному и затратному показателям (как по уровню обеспеченности услугами, так и по уровню подушевых расходов на отрасль «Здравоохранение») представлены матрицей, отражающей оба признака классификации (таблица 2).

---

<sup>2</sup> Бюджетные расходы приведены с учетом дефлирования региональных показателей на ИБР (индекс бюджетных расходов).

<sup>5</sup> Под «высокими» и «низкими» расходами приняты расходы соответственно выше и ниже среднего по РФ.



Таблица 2

Матрица позиционирования субъектов РФ по результативным и затратным показателям услуг здравоохранения

Результаты		Уровень обеспеченности услугами здравоохранения		
Затраты		высокий	средний	низкий
Душевые бюджетные расходы	высокий	Республика Мордовия (1)	Белгородская область Тверская область Краснодарский край Пензенская область (4)	Рязанская область Астраханская область Тюменская область (3)
	средний	Липецкая область Кировская область Забайкальский край Сахалинская область (4)	Воронежская область Тульская область Республика Карелия Ленинградская область Мурманская область Волгоградская область Пермский край Оренбургская область Самарская область Ульяновская область Свердловская область Ямало-Ненецкий автоном. округ Хабаровский край (13)	Калужская область Московская область Ярославская область Новгородская область Республика Калмыкия Ростовская область Чувашская Республика Ханты-Мансийский автономный округ Кемеровская область Омская область Амурская область Еврейская автономная область (12)
	низкий	Удмуртская Республика Республика Тыва Алтайский край Республика Саха (Якутия) Магаданская область Чукотский автономный округ (6)	Костромская область Орловская область Смоленская область Псковская область Республика Адыгея Республика Дагестан Карачаево-Черкесская Республика Республика Татарстан Саратовская область Курганская область Челябинская область Республика Алтай Красноярский край Иркутская область Камчатский край Приморский край (16)	Брянская область Владимирская область Ивановская область Курская область Тамбовская область Республика Коми Архангельская область Вологодская область Калининградская область Кабардино-Балкарская Республика Республика Северная Осетия-Алания Ставропольский край Республика Башкортостан Республика Марий Эл Нижегородская область Республика Бурятия Республика Хакасия Новосибирская область Томская область (19)

Некоторая асимметричность матрицы, связанная с количественным перевесом субъектов РФ в правой нижней ее части, свидетельствует о доминировании в России регионов с низким (19) и средним (16) уровнем обеспеченности услугами и низкими бюджетными расходами на их оказание.

Если позиция регионов диагонального ряда (выделенных серым цветом) принимается авторами, как имеющая сопряженность в части уровня обеспечения услугами и уровня соответствующих затрат, то сочетание признаков в других ячейках матрицы требует более углубленного анализа. В данном случае интерес представляют регионы с уровнем бюджетных услуг выше среднероссийского на предмет идентификации факторов, обуславливающих «попадание» субъектов РФ в указанную группу (отличия в условиях или конечных результатах).

Анализ средних значений показателей исходной группировки субъектов РФ по уровню обеспеченности услугами здравоохранения с детализацией региональных условий социальной сферы позволил констатировать разнообразие сочетаний уровней результативного показателя и значения показателей условий (материально-технических и кадровых) предоставления рассматриваемых услуг. Группировка регионов по уровням (высокий, средний, низкий) составлена по доминирующему признаку - уровень конечного результата в виде оказанной стационарной медицинской помощи на одного жителя (таблица 3).

Таблица 3

Группировки регионов по слагаемым уровню обеспеченности услугами  
(сфера «Здравоохранение»)\*

№ групп	Кол-во регионов в группе	Показатели, отражающие условия предоставления услуг		Показатель, отражающий результат предоставления услуг
		Доля ГУЗ, здания которых находятся в неаварийном состоянии, к среднему по России	Численность врачей в ГУЗ на душу населения, к среднему по России	Объем оказанной стационарной медицинской помощи на одного жителя к среднему по России
1	33 (с)**	0,2983 н	0,9890 н	1,0049 с
2	34 (н)	0,9817 в	1,0266 с	0,9977 н
3	11 (в)	0,6475 с	1,2427 в	1,3512 в

\* по каждому показателю представлены средние значения по группе

\*\* в таблице символами «в», «с», «н» указан уровень региональной группы по результирующему показателю.

Обращает на себя внимание сочетание результативных показателей с разнообразием набора региональных условий (материально-технических и кадровых). Группа из 33 регионов характеризуется средним уровнем конечного результата и низкими значениями показателей по условиям их предоставления. Две другие группы по результативным признакам и условиям имеют близкие значения и в то же время обладают спецификой, а именно: конечные результаты в них отличаются, а условия (доля ГУЗ, здания которых находятся в неаварийном состоянии и численность врачей в государственных учреждениях здравоохранения на душу населения) имеют средний и высокий уровни, но по разным составляющим условий предоставления услуг здравоохранения. Парадокс заключается в том, что и худший, и лучший результативный показатель имеют субъекты РФ, условия которых позиционируются не ниже средних.

Для выявления возможного фактора, определившего такую ситуацию, дополнительно рассмотрено влияние показателя расходов на оплату труда на одного работника в отрасли здравоохранения (таблица 4).

Таблица 4

Распределение субъектов РФ по результативному показателю и дифференциации расходов на оплату труда в сфере «Здравоохранение»\*

Расходы		Результат предоставления услуг (объем оказанной стационарной медицинской помощи)		
		«высокий» (11**)	«средний» (33)	«низкий» (34)
Расходы на оплату труда на одного работника здравоохранения	выше среднего	18,2%	15,1%	21%
	средний	27,3%	57,6%	41%
	ниже среднего	54,5%	27,3%	38%

\* в таблице указаны доля регионов (в %), имеющих соответствующее сочетание характеристик (на пересечении вертикальных и горизонтальных уровней показателей).

\*\* в скобках указано количество регионов

Очевидным является незначимое влияние показателя уровня заработной платы в группе, имеющей худшие значения по выбранному показателю

конечного результата услуг здравоохранения, присутствует большая доля регионов с высокими показателями по оплате труда, чем в группе, имеющей лучший результативный показатель (при сравнении расходных параметров номинальные стоимостные величины дефлированы по индексу бюджетных расходов). В целом, анализ по субъектам РФ позволил сделать вывод о том, что, по всей видимости, не оплата труда, а уровень инфраструктуры регионального здравоохранения, обеспеченность врачами, техническими средствами влияет на уровень конечных услуг отрасли.

Поскольку очевидным является наличие разнообразных комбинаций между уровнями обеспеченности услугами и подушевыми расходами в региональном разрезе, в аналитических целях авторами выделены два типа «ситуаций»: 1) «стандартные» – когда уровни обеспеченности услугами здравоохранения и затрат на них совпадают (регионы диагонального ряда); 2) «нестандартные», как несовпадение уровней. Безусловно, наибольший интерес представляют ситуации, получившие статус «нестандартных»:

а) превышение уровня подушевых затрат по отношению к уровню обеспеченности бюджетными услугами в рассмотренной совокупности регионов, что на взгляд авторов является свидетельством неэффективного распределения бюджетных средств (ситуация в сокращенном варианте представлена терминами «высокие расходы (Р) - низкий уровень услуг (У)» или «Тип  $P > Y$ »);

2) превышение уровня обеспеченности бюджетными услугами уровня душевых бюджетных расходов, что может быть обусловлено несколькими причинами: дисперсией расселения, сложившимся высоким уровнем инфраструктурного и материально-технического обеспечения, активным применением передовых методов бюджетного финансирования, ориентированных на конечный результат (сокращенное обозначение – «Тип  $Y > P$ »).

Количественное соотношение в распределении регионов по «стандартным» и «нестандартным» ситуациям по сфере «Здравоохранение» приведено в таблице 5.

Таблица 5

Распределение регионов по типам ситуаций

Бюджетная отрасль	Нестандартные варианты		Стандартный вариант (кол-во регионов)	Общее кол-во субъектов РФ
	Тип $P > Y^*$ , (кол-во регионов)	Тип $Y > P$ , (кол-во регионов)		
Здравоохранение	19	26	33	78

\*  $P$  – душевые бюджетные расходы;

$Y$  – обеспеченность бюджетными услугами (материально-технические, кадровые условия и конечный результат)

Систематизация региональных ситуаций по «нестандартному» варианту, в качестве первоначальной гипотезы для объяснения попадания 26 субъектов РФ в «Тип  $Y > P$ », связана с наличием высоких стартовых условий субъектов РФ. Для подтверждения данного предположения проведена группировка с использованием показателей «экономической силы» регионов, то есть, ВРП на душу населения и показателя доли населения с денежными доходами ниже региональной величины прожиточного минимума в общей численности населения субъекта РФ [2]. Последний показатель в аналитических целях приведен к сопоставимому виду («единица минус указанный показатель»). Расчеты показали, что более половины регионов (54%) по данным показателям имеют уровень средний и выше среднего по РФ (таблица 6).

Таблица 6

Распределение субъектов РФ по показателям «экономической силы»  
 регионов с учетом «стандартности» ситуации

Тип ситуации	Эконом. сила регионов	Уровень экономической силы регионов (ВРП на душу населения, доля населения с доходами ниже региональной величины прожиточного минимума в общей численности населения субъекта РФ)		
		выше среднего	средний	ниже среднего
I тип («нестандартная ситуация», тип P>Y) (19 регионов)		1 (5,3 %)	13 (68,4%)	5 (26,3%)
II тип («нестандартная ситуация», тип Y>P) (26 регионов)		2 (7,7%)	12 (46,15%)	12 (46,15%)
«Стандартная» ситуация (33 региона)		1 (3,03%)	21 (63,64%)	11 (33,33%)

Таким образом, хорошие стартовые условия региона лишь отчасти объясняют попадание регионов в «нестандартную» ситуацию, когда достижение высокого уровня оказания услуг становится возможным при низком уровне расходов. В связи с этим для расширения комплекса возможных причин «нестандартности», в рассматриваемой группе использованы показатели, характеризующие региональные условия (отношение численности среднего медицинского персонала в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения и численности врачей; количество коек в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения в городской местности) (колонки 1 и 2); расширены результаты предоставления бюджетных услуг (средняя продолжительность одного случая временной нетрудоспособности; уровень госпитализации) (колонки 3 и 4); современные факторы реализации бюджетной реформы и формирование здорового образа жизни (доля государственных (муниципальных) учреждений, переведенных на одноканальное финансирование; доля населения, систематически занимающихся физкультурой и спортом) (колонки 5 и 6) (таблица 7).

Таблица 7

Характеристика позиции регионов по расширенной группе показателей  
 (отрасль «Здравоохранение») (фрагмент)

Дополнительные показатели		Уровневый статус регионов по показателям**					
		Отношение численности СМП*** в ГУЗ и численности врачей	Количество коек в ГУЗ в городской местности	Средняя продолжительность одного случая нетрудоспособности	Уровень госпитализации	Доля ГУЗ, переведенных на одноканальное финансирование	Доля населения систематически занимающихся физкультурой и спортом
		1	2	3	4	5	6
Р- средний	Кировская область	в	с	с	в	н	с
У-высокий	Забайкальский край	ср	с	в	в	н	с
Р-низкий	Республика Тыва	в	в	в	в	н	в
У-высокий	Алтайский край	с	с	в	в	н	с
Р-низкий У-средний	Костромская область	в	н	в	с	н	н
		в	с	с	с	н	н
	Орловская область	в	с	с	в	н	с
	Республика Адыгея	с	н	с	с	н	с
	Саратовская область	с	с	в	с	н	н
	Камчатский край	н	н	в	н	н	с
	Приморский край						

\* Регионы, имеющие нестандартные ситуации между уровнем услуг и расходов;

\*\* в таблице символами «в», «с», «н» указан уровень региона по каждому показателю в сравнении с аналогичным показателем в среднем по РФ;

\*\*\* в таблице использованы сокращения: СМП – средний медицинский персонал; ГУЗ – государственные учреждения здравоохранения.

Данные таблицы 7 показывают, что рассматриваемые регионы характеризуются низким уровнем применения новых методов предоставления услуг здравоохранения, высоким уровнем госпитализации и продолжительностью пребывания пациентов в стационаре, то есть свидетельствуют о проблемах регионов в части здоровья населения. Для повышения достоверности влияния базовых факторов на результативность услуг, авторами проведен регрессионный анализ (на основании t-статистики определены показатели, имеющие значимое влияние на итоговый показатель).

Из всех коэффициентов значимое влияние на итоговый показатель (объем оказанной стационарной медицинской помощи в расчете на одного жителя) оказывают только показатели X1 и X2, характеризующие соответственно долю государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения, здания которых находятся в неаварийном состоянии и численность врачей в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения на душу населения (таблица 8).

Таблица 8

Результаты регрессионного анализа (отрасль «Здравоохранение»)

Показатели	Расшифровка показателей	Коэффициенты	Стандартная ошибка	t-статистика
X1	-доля государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения, здания которых находятся в неаварийном состоянии	0,40296861*	0,047600526	8,465633574
X2	-численность врачей в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения на душу населения	-0,386301524	0,045414516	-8,506124495
X3	-расходы консолидированного бюджета субъекта РФ на здравоохранение на душу населения	-0,010801272	0,024226039	-0,445853803
X4	-расходы консолидированного бюджета субъекта РФ на здравоохранение в части увеличения стоимости основных средств	-0,001156611	0,000705249	-1,640002948
X5	-расходы консолидированного бюджета субъекта РФ на здравоохранение в части текущих расходов на оплату труда	0,043868447	0,028181956	1,556614692
				t критическое 2,286676722

\*Серым цветом выделены значения коэффициентов, превышающие значение t критическое, а значит, оказывающие значимое влияние на итоговый показатель

При этом отрицательная зависимость одного из значимых факторов – X2 (показатель кадрового обеспечения) означает, что достижение положительного итогового показателя происходит за счет сверхинтенсивной нагрузки, что объясняется слабым стимулирующим воздействием заработной платы (что



было обосновано ранее). Знак «—» означает, что врачи заинтересованы в работе на несколько ставок.

Таким образом, в сфере «Здравоохранение» большее влияние на результативные показатели оказывают объективные экономические факторы (сложившийся уровень обеспечения ресурсами и инфраструктурой), а также расходы на оплату труда, что определяет необходимость пересмотра политики стимулирования заработной платы, поиска оптимизации, снижения интенсивности нагрузки на врачей.

Стратегическими направлениями развития сферы здравоохранения и повышения эффективности бюджетных расходов отрасли являются [3]:

- разработка медико-экономических стандартов, что создает необходимые условия для повышения эффективности использования бюджетных средств, выделяемых на здравоохранение;

- оптимизация объемов медицинской помощи за счет более рационального перераспределения ресурсов между различными видами медицинской помощи;

- перепрофилирование или выведение из системы бюджетного здравоохранения финансово необеспеченных или неэффективно используемых мощностей учреждений здравоохранения;

- повышение хозяйственной самостоятельности учреждений здравоохранения, что будет являться стимулом к рациональному и эффективному использованию материально-технических, кадровых, инфраструктурных ресурсов;

- оплата стационарной помощи по законченным случаям лечения;

- разработка региональными органами власти территориальных программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи на основе новых методов планирования объемов госпитализаций и оказания стационарной помощи, использующих четко определенные критерии госпитализации;

- переход от затратного (сметного) финансирования учреждений здравоохранения к финансированию предоставляемых ими услуг.

Обеспечение этих мер будет, несомненно, способствовать реализации экономически более эффективных методов повышения доступности и качества услуг сферы здравоохранения в условиях меняющихся потребностей населения в медицинской помощи.

### **Литература**

1. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2010. Стат. сб. / Росстат. – М., 2010. – 996 с.
2. Доклад об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ по итогам 2009 года [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.minregion.ru/upload/documents/2010/08/100827-doklad.pdf> (дата обращения: 02.11.11).
3. Реструктуризация бюджетной сферы и повышение эффективности бюджетных расходов региональных и местных бюджетов. Тематический отчет №8 / Консорциум: Фонд «Институт экономики переходного периода», Фонд «Институт экономики города». – М., 2005. – 314 с.

### **Рецензент:**

Антонюк В.С., доктор экономических наук, профессор